

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

MAURICE FORTIER

Né le 25 Septembre 1896 à Paris

Ex-Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Étude

DES

Amygdalites Cryptiques Chroniques

Président de thèse : M. le Professeur P. SÉBILEAU

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	GUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
RAMI.....	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
FLAVE.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .	LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
BERTIN.....	Pathologie médicale.	LE LORIER.....	Obstétrique.
SSET.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
AUDOUIN.....	Pathologie médicale.	LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
ET.....	Physiologie.	LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
ANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
ANCA.....	Histologie.	LIAN.....	Pathologie médicale.
ULÉ.....	Pathologie médicale.	MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
SQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER.....	Obstétrique.
ENAT.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .	MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
AMPY.....	Histologie.	MONDOR.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
RAY.....	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
ERC.....	Pathologie médicale.	MULON.....	Histologie.
BRÉ.....	Hygiène.	PHILIBERT.....	Bactériologie.
o JONG.....	Anatomie pathologique.	RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
VOIR.....	Médecine légale.	RICHET Fils.....	Physiologie.
ALLE.....	Obstétrique.	ROUVIÈRE.....	Anatomie.
SSINGER.....	Pathologie médicale.	STROHL.....	Physique médicale.
X.....	Pathologie médicale.	TANON.....	Pathologie médicale.
RNIER.....	Pathologie expériment.	TIFFENEAU.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
RVIER.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.....	Obstétrique.
ITZ-BOYER...	Urologie.	VERNE.....	Histologie.
VELACQUE....	Anatomie.	VILLARET.....	Pathologie médicale.
VEUX.....	Parasitologie.	WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGREGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
MUS.....	Physiologie.	RETTERER.....	Histologie.
UGEROT.....	Pathologie médicale.	ROUSSY.....	Anatomie pathologique.
ÉNIOT.....	Obstétrique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRI.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologie.
LÆPER.....	Clinique médicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUGLAIRE, agrégé...	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique et l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N... ..		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU
Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine.

Pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant
d'être notre Président de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE,

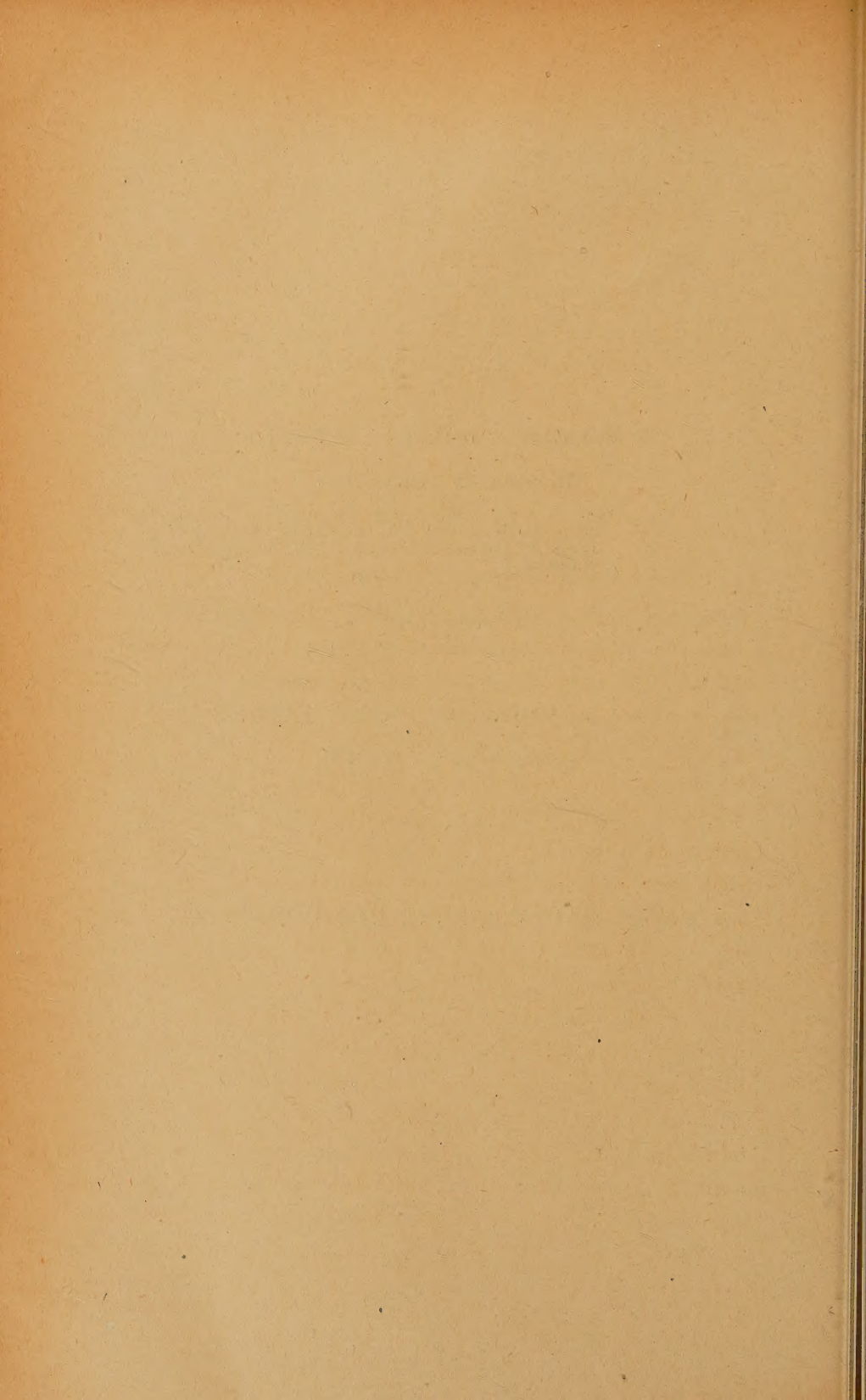
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Qui a bien voulu nous inspirer ce travail et nous guider dans son exécution, nous demandons de trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE MAÎTRE

LE DOCTEUR O. JOSUÉ.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX



PREFACE

Parmi les nombreuses affections des amygdales tonsillaires, susceptibles d'être observées en clinique, depuis longtemps déjà les auteurs classiques ont individualisé un groupe particulier, évoluant soit d'une façon toute chronique, soit par poussées aiguës ou subaiguës : ce sont les amygdalites cryptiques, dites encore amygdalites caséeuses.

Nous avons pu en observer plusieurs cas, grâce à l'obligeance de M. le Docteur Caussade, dans son Service de l'Hôtel-Dieu, et à la consultation adjointe au Service. Nous le remercions vivement de nous avoir ainsi permis de relever ces observations, de nous avoir guidé dans notre travail, et de nous avoir communiqué une observation plus spécialement intéressante en ce qu'elle met particulièrement en lumière un point très important de la question.

Nous remercions d'autre part M. le Docteur Nermord, qui dirige la consultation d'Oto-Rhino-Laryngologie du Service, en ce qui concerne plus spécialement certaines modalités du traitement qu'il nous a indiquées.

Nous nous proposons de rappeler tout d'abord la

pathogénie, les symptômes et l'évolution de l'affection en cause, en montrant ensuite quelques observations cliniques. Puis nous parlerons du diagnostic et du traitement. Mais surtout nous nous promettons d'insister particulièrement sur quelques points qui doivent être mis en évidence, à notre avis, à savoir la très grande fréquence de cette affection, surtout dans ses formes frustes, l'importance des complications locales et surtout à distance, enfin l'importance primordiale du diagnostic, et la recherche d'un traitement véritablement curateur.

PATHOGENIE

Il est assez facile d'expliquer la formation d'amas caséeux à l'intérieur des amygdales palatines. Cela est indiqué très clairement dans les traités spéciaux, nous le rappellerons brièvement.

On sait qu'il existe dans ces organes lymphoïdes, en nombre et en volume plus ou moins variables, des cryptes assez profondes.

A l'occasion d'angines vraies, ou plus souvent de petites inflammations répétées du parenchyme de ces glandes, il se produit une desquamation de l'épithélium de recouvrement.

Les débris d'épithélium desquamé, avec de minuscules gouttelettes salivaires, et d'autre part de très petits débris alimentaires, s'agglomèrent au fond de ces cryptes au voisinage du pédicule amygdalien. Sous l'influence de la réaction inflammatoire les glandes mucipares accumulent dans les cryptes leurs produits de sécrétion. Le tout s'amalgame, se condense, il se produit des fermentations, puis le liquide se résorbe, et il reste un magma formant ainsi un ou plusieurs noyaux d'un blanc sale, selon le nombre de cryptes en cause. Toute l'amygdale peut être ainsi farcie de ces

amas caséifiés. Ces noyaux ont tendance à s'accroître, et distendent ainsi les cryptes. Parfois les cryptes restent ouvertes directement, alors les amas caséifiés s'expulsent de temps à autre spontanément par les efforts de la déglutition. D'autres fois des poussées inflammatoires ont pour conséquence d'obturer l'orifice des cryptes plus ou moins complètement, et les amas caséifiés peuvent faire hernie à travers des orifices rétrécis, ou bien encore, si l'obturation est complète, il se produit un véritable enkystement, ce n'est que par transparence qu'on peut voir de petits amas blancs ou jaunâtres occupant les cryptes amygdaliennes ; très souvent même ces amas sont profondément situés, l'inspection simple de l'amygdale ne révèle rien d'anormal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il ne faut pas croire que l'amygdale ainsi farcie de masses caséuses plus ou moins importantes en nombre et en volume est toujours volumineuse ; parfois au contraire son volume est normal ou même plus petit que la normale, ou bien il s'est produit une véritable atrophie, ou bien les amas sont peu nombreux, et il faut insister sur la fréquence de ces amygdalites caséuses véritablement cachées.

Les amas caséifiés ont la forme de bouchons sphériques ou cubiques ; leur grosseur est variable, depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un petit pois.

Ces amas sont blanchâtres, d'une consistance ferme. Si on les écrase, ils dégagent une odeur fétide.

Ils sont surtout composés par les couches stratifiées de cellules épithéliales desquamées, qui abondent surtout à la périphérie. Au centre on trouve des acides gras, de la graisse, de la cholestérine, et parfois de petits grumeaux de matière calcaire ; lorsque ces grumeaux prédominent ils peuvent former alors de véritables calculs.

Enfin, on y trouve des leucocytes et des microorganismes variés, pathogènes ou saprophytes.

Les cryptes amygdaliennes distendues par le magma qu'elles contiennent, présentent des parois amincies, avec un orifice ou col rétréci, souvent transformé en canal plus ou moins couché, au niveau duquel il y a au contraire ~~épaississement~~ épaissement des parois.

Il existe souvent une hypertrophie des follicules lymphoïdes voisins : les leucocytes abondent (Ruault). Si le sujet y est prédisposé, il peut exister une véritable hypertrophie du tissu adénoïde de toute la glande.

Enfin, parfois, mais plus rarement, il peut y avoir inflammation du tissu conjonctif sous-jacent : amygdalite interstitielle chronique, susceptible d'aboutir à la sclérose.

SYMPTOMES

L'amygdalite caséuse ou cryptique chronique ne s'observe guère avant l'âge de 6 ans, elle est encore rare dans l'enfance après cette âge ; on la voit surtout à partir de 15 ans, et particulièrement de 20 à 40 ans (Ruault), d'une façon à peu près égale dans les deux sexes. On peut l'observer, encore assez souvent après 40 ans.

Les formes sont très variées :

1° *Dans la forme classique*, on est en présence d'un malade qui vient consulter parce qu'il souffre de la gorge au moment de la déglutition surtout. Ce sont des piqûres vraies, ou plus souvent des picotements que le malade localise dans la région sous-angulo-maxillaire. Cette douleur est le plus souvent unilatérale, même si l'amygdalite est bilatérale ; elle se propage souvent vers l'oreille. C'est souvent une gêne constante plutôt qu'une piqûre ; cette gêne est améliorée après le repas, parce que les efforts de déglutition peuvent vider en partie le contenu des cryptes. Le malade « râcle » pour se soulager, et parfois, à cette occasion, il a expulsé un ou plusieurs petits grumeaux blanchâtres, dégageant

une odeur fétide, surtout après écrasement, ce qui l'a fort inquiété.

Enfin, très souvent le malade tousse, il a une toux légère, qui existe surtout le matin au lever, toux sèche, toux véritablement « amygdalienne ».

A l'examen il faut noter tout d'abord de la fétidité de l'haleine, signe important par sa fréquence en clinique, indiquant le plus souvent une atteinte des dents ou de la gorge. Mais cette fétidité peut manquer.

L'amygdale se présente le plus fréquemment avec un volume supérieur à la normale, mais cela peut manquer, surtout au début quand les amas caésifiés sont encore peu nombreux ou peu volumineux.

Le pilier antérieur dénote souvent une rougeur plus ou moins accentuée. Ecartons ce pilier, avec un crochet préalablement flambé. On constate souvent une adhérence marquée entre le pilier antérieur et l'amygdale, adhérence qu'il faut décoller avec précaution. L'amygdale apparaît alors plus ou moins volumineuse ; en éversant bien cette glande et en l'attirant vers la ligne médiane par appui sur la partie externe du pilier antérieur, on voit alors entièrement les parties antérieure et interne de l'amygdale, et souvent l'on peut apercevoir de petits amas jaunâtres qu'une pression sur la tonsille faite de bas en haut ou de dehors en dedans peut expulser. Ces amas sont nettement blanchâtres lorsque les cryptes ne sont pas oblitérées, dans le cas contraire ils sont jaunâtres, en taches aux contours plus ou moins nets, et visibles ainsi par transparence à travers la surface de l'amygdale.

Leur nombre est variable. Parfois ils forment une véritable chaîne, qui se prolonge vers le voile, presque jusqu'à la luette. Les cryptes les plus atteintes sont :

a) Une vaste crypte existant à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du bord antérieur de l'amygdale.

b) Deux ou trois cryptes situées au niveau du pôle supérieur, près de la fossette sus-amygdalienne. C'est là véritablement le siège de prédilection, là qu'il faut aller chercher le magma caséeux lorsqu'il n'est pas visible à première vue.

En effet, il est fréquent de ne rien constater d'anormal à la simple inspection. Il faut alors diriger le crochet vers le pôle supérieur de la tonsille, et c'est souvent profondément situés dans l'épaisseur de l'amygdale qu'on trouvera un ou plusieurs amas caséifiés. Souvent le diagnostic ne sera confirmé qu'en transperçant à l'aide du crochet tranchant le pôle supérieur de l'amygdale, en même temps que se fera ainsi le premier temps du traitement.

Il faut ensuite explorer avec soin les deux amygdales dans leur totalité, en ne négligeant pas la partie postérieure difficile à atteindre. Parfois il existe des adhérences qu'il faut libérer, entre l'amygdale et le pilier postérieur, mais ces adhérences sont bien plus rares que celles qui peuvent unir la tonsille avec le pilier antérieur.

2° *Formes frustes.* — Mais à côté de cette forme classique, avec signes fonctionnels plus ou moins nets, mais spontanément accusés par le malade, il faut insis-

ter sur la fréquence des formes frustes, des formes véritablement cachées, et même des formes absolument sans symptômes fonctionnels.

a) Ou bien on est en présence d'un malade sujet à des poussées d'angine aiguë à répétition ; avec des intervalles plus ou moins longs pendant lesquels le sujet ne se plaint pas du tout de la gorge. C'est l'examen physique qui fera le diagnostic.

b) Ou bien c'est un malade qui n'a aucun trouble local ; le diagnostic se fait par hasard à l'occasion d'un examen complet systématique du sujet.

c) Ou bien c'est un malade qui ne se plaint pas de la gorge, mais il est fatigué, il a maigri, il tousse parfois ; il peut même avoir des troubles de la voix dus à une réaction laryngée avec catarrhe secondaire. On pourrait penser d'abord à une affection laryngée ou pulmonaire, avant qu'un examen systématique et complet du malade ait été effectué. Même si l'on pense à examiner les amygdales, souvent la simple inspection n'indique rien d'anormal. C'est dans la profondeur, dans l'épaisseur même du tissu amygdalien qu'il faut aller chercher les amas caséux.

Il faut insister sur ces formes frustes, souvent méconnues, ne se décelant qu'à l'occasion de troubles à distance, capables d'engendrer des complications plus ou moins graves. Il est possible de penser à individualiser des formes fébriles simples : nous nous souvenons d'un cas qui nous a été rapporté par notre maître, le Docteur Caussade, et observé par lui : une jeune fille souffrant de la gorge depuis quelques semaines, est

prise brusquement d'un abcès de l'amygdale que l'on opère. Elle présente ensuite de la fièvre oscillant entre 38 et 39 degrés, sans autres symptômes nets. L'hémoculture a été négative.

En résumé, nous pensons que si l'on examine systématiquement la gorge de tous les malades atteints d'affections variées, chaque fois qu'ils indiquent un trouble de ce côté, si, d'autre part, dans tous les cas de troubles laryngés ou pulmonaires, plus ou moins nets, on pratique la même manœuvre, on sera frappé de la fréquence de ces amygdalites caséuses, dont le traitement amène la disparition ou l'amélioration de troubles dont il était difficile de déceler le rapport avec les amygdales et l'origine.

3° *Forme enkystée.* — Cette forme, ainsi que les suivantes, a été bien distinguée par Escat. Il existe peu de signes fonctionnels, la douleur, la toux sont très peu marquées. Cette forme évolue par poussées inflammatoires. A l'examen on distingue une amygdale bosselée par endroits, avec consistance dure au niveau du point bosselé, où siège le kyste. Le lieu d'élection est le pôle supérieur, qui est moins soumis aux frottements que le reste de la glande.

4° *Forme pseudo-hypertrophique.* — Cette forme ressemble à l'hypertrophie simple des amygdales, dont elle a à peu près les mêmes signes. Elle se voit plutôt chez les sujets jeunes ; chez les adolescents. Les pous-

sées inflammatoires peuvent donner lieu à des adénopathies de voisinage, surtout marquées chez l'enfant.

5° *Forme scléreuse.* -- Cette forme, plus rare, s'observe surtout vers 40 ans et après cet âge. L'amygdale est petite, ratatinée, plaquée contre son hile, sclérosée, par suite d'amygdalite interstitielle chronique. Les signes fonctionnels sont les mêmes que dans la forme classique ; la douleur est parfois très marquée, surtout en cas d'adhérences étendues.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'amygdalite cryptique chronique est considérée comme une affection bénigne en elle-même, mais capable de complications locales, de voisinage et à distance. Il semble à notre avis qu'elle ne doit pas être considérée avec un optimisme absolu. Tout d'abord elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée. Certes, en elle-même, elle est le plus souvent bénigne, et les cas doivent être nombreux dans lesquels cette affection méconnue ne donne lieu à aucun signe, à aucune complication même ; son évolution est pour ainsi dire arrêtée. Mais nombreux aussi doivent être les cas où il y ait lieu de se demander s'il ne faut pas rattacher, à un point de départ amygdalien, l'origine d'affections très diverses, souvent primitives en apparence et souvent de grande gravité.

1° *Complications locales.* — Elles ne sont pas graves en général. La plus fréquente est l'amygdalite lacunaire enkystée dont nous avons ébauchée déjà la description au sujet des formes spéciales existant ainsi dès le début. Quand elle est secondaire, une inflammation a amené la formation d'un opercule épithélial. Les

sécrétions cryptiques peuvent s'ajouter aux amas caséeux ; il y a accumulation en vase clos, distension de la poche qui fait saillie à la surface de l'amygdale, puis ouverture spontanée, la poche se vide et il peut alors se former une véritable ulcération.

D'autre fois, l'amygdalite chronique cryptique peut aboutir à un phlegmon amygdalien ou péri-amygdalien, s'il s'introduit dans une crypte des microorganismes plus virulents.

2° Complications du voisinage. — Signalons la possibilité d'abcès dentaires, de pyorrhée alvéolaire, de gingivites, et même parfois de stomalite véritable plus ou moins accentuée, selon le degré de virulence des micro-organismes en cause, et selon l'étendue des lésions produites.

On peut observer des abcès et ulcérations de voisinage, des phlegmons du cou, latéro-pharyngiens, parfois. Il est possible aussi d'observer des propagations vers l'oreille moyenne, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache.

On a signalé, d'une façon exceptionnelle d'ailleurs, des cas de névralgie faciale due à l'existence d'amygdalite caséreuse (Schmidt, Gampert).

Enfin, nous avons déjà noté la possibilité de réaction inflammatoire laryngée par catarrhe secondaire avec troubles de la voix dans certains cas.

3° Complications à distance. — C'est sur ces dernières que nous nous permettrons surtout d'attirer

l'attention. Les complications locales et de voisinage que nous avons indiquées sont relativement rares, si l'on songe à l'extrême fréquence de cette affection. Mais pour les complications à distance nous nous permettons d'entrer, d'une façon sommaire, dans plusieurs chapitres de pathologie, médicale ou chirurgicale. Il ne peut être sans danger de garder ainsi dans l'organisme un foyer d'infection, un centre plus ou moins virulent, point de départ possible pour des affections diverses.

On sait que l'on a incriminé les infections amygdaliennes dans la genèse de certaines endocardites cliniquement primitives, de certaines néphrites et pyélonéphrites aiguës ou même chroniques. Notre maître, le Docteur Caussade, a observé un cas de néphrite hématurique à streptocoques, chez une jeune fille ayant de l'amygdalite chronique. On pourrait très bien incriminer dans ces affections l'amygdalite caséuse, comme on a incriminé des amygdalites et des pharyngites aiguës.

Enfin, on a pensé à un point de départ amygdalien très fréquent, dans l'existence de certains cas d'abcès ou de phlegmon du tissu cellulaire en des endroits variés de l'organisme, notamment les phlegmons péri-néphrétiques.

De même il serait intéressant de rechercher l'état des amygdales dans des cas de septicémie variés, nous n'avons malheureusement pas d'observations à apporter à l'appui de cet ordre d'idées, mais il n'est pas interdit de supposer l'existence d'un point de départ infectieux, tel qu'une carie dentaire, ou une amygdalite

caséeuse, dans certains cas fébriles mal déterminés, ou le diagnostic est resté en suspens.

Enfin, à côté de ces cas, dans lesquels l'amygdale peut se montrer comme point de départ de divers états infectieux, la glande malade ne pourrait-elle aussi déverser dans l'organisme, à défaut de microbes, des toxines dont la qualité ne serait point négligeable : il se produirait dans tout foyer d'infection une véritable désintégration cellulaire, avec mise en liberté de toxines préalablement existantes dans la cellule, ce sont les cytosts, étudiés par Turck ; ces toxines libérées par l'autolyse, seraient mises en liberté et déversées continuellement dans l'organisme ; d'où possibilités dans certains cas « de véritables intoxications chroniques telles
« que dégénérescence des viscères, surtout du foie ;
« ulcérations gastriques, néphrites, artériosclérose,
« rhumatisme chronique, toxémie de la grossesse, etc.
« Ainsi il y aurait lieu de pratiquer, spécialement dans
« les cas de rhumatisme chronique, l'ablation systéma-
« tique de tous les foyers d'infection, tels que amyg-
« dales, dents cariées, etc... » (*Journal médical fran-
çais*, juin 1923. *Les Cytosts*, par le Docteur Henri
Limousin.)

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION I

Un malade de 45 ans est hospitalisé dans le service, le 10 novembre 1923. Il présente des troubles nerveux très marqués, surtout mentaux, à tel point qu'on se demande si un diagnostic de paralysie générale ne doit pas être établi. Cependant il n'existe pas de troubles somatiques et le tremblement est absent.

Le malade se plaint de la gorge, et pour cette raison il est examiné à la consultation. Il se plaint d'une gêne marquée, constante, au niveau de la gorge, avec douleur aggravée au moment de la déglutition, et améliorée après le repas. Ces symptômes durent depuis quatre mois.

A l'examen on note une rougeur des piliers antérieurs, à gauche surtout. A ce niveau, en écartant le pilier, on trouve une crypte distendue, remplie de magma caséeuse fétide, au niveau du pôle supérieur de l'amygdale. On pratique la discision de la partie supérieure de l'amygdale, ce qui fait évacuer tout ce magma. Le malade ressent aussitôt un grand soulagement. La douleur disparaît.

Quelques jours après le malade sort de l'hôpital et ne revient pas consulter par la suite.

OBSERVATION II

Une jeune fille de 22 ans se présente à la consultation

le 24 novembre. On ne note rien dans ses antécédents, elle a toujours été bien portante. Mais elle se plaint depuis cinq mois de douleurs à la gorge, survenant par intermittences, douleurs très marquées dans les efforts de la déglutition des solides, avec un état fébrile ; véritables angines à répétition, dit-elle. Entre temps les douleurs cessent complètement.

A l'examen on note une rougeur du pilier antérieur gauche. L'amygdale gauche est gonflée, présente quatre cryptes bourrées de magma jaunâtre, surtout abondant à la partie supérieure de l'amygdale. La tonsille à droite présente les mêmes amas, de volume plus petit. Enfin il faut noter quelques adhérences unissant les deux amygdales aux piliers antérieurs respectifs.

On pratique la discision de l'amygdale gauche seulement avec le crochet tranchant. Tous les huit jours ensuite la malade revient à la consultation et le traitement est continué jusqu'au 5 janvier : discision de l'amygdale gauche, puis de l'amygdale droite. On brûle ensuite au galvanocautère les parois des cryptes vidées et réunies entre elles, de façon assez étendue et assez profonde pour empêcher la réunion des lèvres de l'amygdale coupée, après discision. La guérison est obtenue.

OBSERVATION III

Un malade de 40 ans, examiné au point de vue laryngoscopique, le 1^{er} décembre 1923, pour enrouement, ne présente rien d'anormal à l'examen physique du larynx ; de plus il se plaint de douleurs existant depuis quelque temps, au moment de la déglutition, surtout lorsqu'il ingère des bouchées un peu volumineuses et mal mastiquées ; car ses dents sont défectueuses, beaucoup manquent, les autres sont cariées.

L'examen dénote une amygdale gauche adhérente aux deux piliers, antérieur et postérieur ; la partie moyenne de l'amygdale présente un amas caséeux qui est expulsé, et dont

l'odeur est fétide. Les adhérences sont libérées, la discision est pratiquée ; elle est renouvelée le 8 décembre. Le malade accuse la régression puis la disparition des symptômes douloureux. Il ne vient plus consulter par la suite.

OBSERVATION IV

Un malade du service, de 26 ans, hospitalisé depuis deux mois pour tuberculose du sommet droit, est examiné le 8 décembre 1923, car il se plaint de douleurs de la gorge siégeant à droite, durant depuis un mois environ.

A l'examen il présente les deux amygdales littéralement farcies de noyaux blanchâtres de magma caséux très dense. Leur nombre indique que leur existence remonte à une période très antérieure à celle des troubles observés par le malade, qui ne souffre que depuis un mois. La discision est pratiquée, et suivie aussitôt d'une grande amélioration.

OBSERVATION V

Le 15 décembre 1923, un jeune homme de 19 ans, Russe, parlant mal le français, explique cependant par gestes qu'il souffre de la gorge. On ne peut lui faire préciser depuis combien de temps durent ses douleurs et quelles en sont les modalités. Son haleine est fétide. A l'examen il présente une rougeur des deux piliers antérieurs. L'amygdale droite présente deux gros noyaux caséifiés ; l'amygdale gauche est indemne. La discision est pratiquée, suivie de l'emploi du galvanocautère dans les séances suivantes. Le malade est encore en traitement actuellement.

OBSERVATION VI

Un étudiant du service, 20 ans, se plaint de sensation douloureuse de granulations dans la gorge l'obligeant à « râcler » par moments, et de douleur au moment de la déglu-

tition. Il a déjà été traité pour pharyngite granuleuse, il y a six mois, au galvanocautère, ce qui a amélioré ces symptômes, mais ceux-ci reviennent depuis quelque temps, surtout après avoir fumé.

A l'examen, le 15 décembre, le pharynx ne présente pas de granulations qui puissent être décelées, même dans les parties difficilement visibles à l'examen direct ; mais on peut noter un peu de rougeur du pilier antérieur gauche derrière lequel se cache une amygdale tassée contre son pédicule. En écartant le pilier antérieur on peut, avec le crochet, ramener cette amygdale vers la ligne médiane, cette amygdale est très dure, on n'aperçoit pas de cryptes bourrées de magma ; cependant le crochet introduit entre le pôle supérieur de l'amygdale et le pilier postérieur accroche en passant le sommet de la tonsille dont la consistance est plus molle que celle du reste de la glande. En effet, il existe à ce niveau, caché dans la profondeur, un amas caséeux qui est évacué.

L'amygdale palatine droite ne présente rien d'anormal.

En explorant la partie inférieure du pharynx on peut noter une amygdale linguale beaucoup plus développée que normalement, et dont l'hypertrophie et l'inflammation expliquent bien les symptômes éprouvés par le sujet.

Le malade suit encore le traitement actuellement, l'amélioration obtenue est très nette et persistante.

OBSERVATION VII

Un jeune homme de 22 ans vient consulter le 15 décembre pour des saignements de nez et des rhumes fréquents, coryzas et bronchites au moindre froid. L'inflammation de la muqueuse de la cloison à un centimètre et demi de l'orifice de la narine droite explique les épistaxis ; à gauche il existe une épine nasale proéminente.

Au niveau de la gorge on note : à gauche, l'existence de deux petits kystes amygdaliens très denses ; et sur les

deux amygdales la présence de cinq à six cryptes superposées de haut en bas, remplies de magma caséeux, qu'il est facile d'ouvrir à l'aide du crochet.

D'autre part, l'amygdale linguale est nettement hypertrophiée.

L'examen stéthoscopique des poumons ne dénote rien d'anormal, ici comme dans les observations précédentes. Mais la cavité thoracique se montre étroite, resserrée, surtout dans la partie supérieure. Les troubles rhino-pharingés, en provoquant une respiration défectueuse, ont dû jouer un rôle dans le manque de développement thoracique du sujet.

La discision de l'amygdale palatine gauche est d'abord pratiquée, puis celle de l'amygdale droite. Il faudra de plus opérer l'épine nasale pour pouvoir rendre au sujet une capacité respiratoire normale.

Toutes ces observations, que nous venons de reproduire, nous sont personnelles.

Nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Nermord les deux observations suivantes :

• OBSERVATION VIII

Une femme de 33 ans se présente à la consultation le 12 décembre 1922, parce qu'elle souffre de la gorge d'une façon intermittente depuis près d'un an. Elle ressent des piqures, dit-elle, surtout au moment des repas.

A l'examen, les piliers antérieurs ne présentent rien d'anormal. L'amygdale gauche, le pilier postérieur gauche, sont normaux. L'amygdale droite semble saine en apparence, mais il existe au niveau du pôle supérieur, un magma caséeux dégageant une odeur forte : odeur et apparence de vieux fromage. La malade est traitée avec succès : discision puis curetage de la crypte en cause.

OBSERVATION IX

Un jeune homme de 19 ans est examiné le 21 janvier 1922, il se plaint de douleurs de la gorge, revenant par intermittences.

A l'examen, les piliers antérieurs sont normaux ; mais il existe de l'amygdalite chronique, car les deux amygdales sont fortement adhérentes aux piliers antérieurs ; leur épithélium de recouvrement est desquamé, les amygdales ont une consistance fibreuse, le curetage est difficile, il peut être pratiqué néanmoins et amène la guérison.

OBSERVATION X

Enfin nous devons à M. le Docteur Caussade l'observation suivante qu'il nous a communiquée et qui est particulièrement intéressante :

M^{lle} V..., âgée de 23 ans, étudiante en médecine, est examinée en novembre 1920 ; elle est depuis longtemps, plusieurs mois, sujette à des accès fébriles, survenant d'une façon intermittente avec des intervalles assez prolongés, de bonne santé apparente. Ces accès ne présentent aucune cause déterminée. Elle a parfois un peu de toux, légère et sèche.

Brusquement, elle est prise d'amygdalite aiguë, avec douleur très marquée à la déglutition et fièvre légère. A l'examen, l'amygdale gauche se montre rouge, pas beaucoup plus grosse que la normale, avec une crypte distendue par du magma, crypte qui ne se montre atteinte que par l'examen au crochet, la simple inspection n'a rien montré d'anormal à ce sujet. Mais surtout il existe des adhérences très marquées entre l'amygdale et le pilier antérieur. La libération de ces adhérences est difficile, provoque de grandes douleurs, une suffusion sanguine à la suite de laquelle la malade accuse une dysphagie très marquée, et l'amygdale montre ensuite toute une partie antérieure ecchymotique.

Les signes fonctionnels diminuent et disparaissent. Puis, deux mois après, la malade se met à tousser, toux fréquente et sèche. Un médecin appelé trouve au niveau du sommet pulmonaire droit des signes de poussée congestive ; une radioscopie accuse à ce moment un voile de ce sommet, et une légère adénopathie trachéo-bronchique du même côté. Bref, on pense à une tuberculose du sommet droit, la malade arrête ses études ; quelque temps après une amélioration très nette se manifeste, la toux disparaît ; un mois après la première, une nouvelle radioscopie est pratiquée et ne décele aucun voile ; rien d'anormal dans les deux champs pulmonaires.

La jeune fille n'a présenté par la suite rien d'anormal. Sa santé s'est montrée excellente ; la température est restée normale ; aucune douleur n'est survenue du côté de la gorge ; la souffrance endurée par la malade lors de la libération des adhérences de l'amygdale malade fut telle qu'elle s'est toujours refusée depuis même à un simple examen de la gorge. Revue quatre mois après ces accidents, la jeune femme se montre en excellente santé. Elle exerce la profession de Docteur en Médecine dans la banlieue de Paris, elle est mariée et a deux enfants. Elle n'a eu aucune poussée congestive du sommet pulmonaire autrefois en cause, même à l'occasion de ses grossesses et supporte sans aucun dommage les fatigues de sa profession.

Les dix observations que nous venons d'étudier sont très intéressantes en ce sens qu'elles appartiennent à plusieurs des formes différentes qui ont été individualisées.

Dans l'observation I, on est en présence d'un malade de 45 ans, atteint de troubles nerveux mal définis. Lors de l'examen médical pratiqué à l'entrée du malade dans le service, on n'avait rien trouvé d'anormal du côté de

la gorge ; seul un examen plus précis a pu prouver que les douleurs éprouvées correspondaient à un état objectif, et ne pouvaient être rattachés aux troubles nerveux qu'il présentait par ailleurs.

Dans l'observation II, on est en présence de la forme si fréquente évoluant par poussées aiguës d'angine à répétition.

Les observations III, V, VIII et IX font partie de la forme classique que nous avons étudiée en premier lieu.

Dans l'observation IV, on a relevé l'existence d'une longue période de latence absolue, puisque le malade, qui ne souffrait que depuis un mois, avait les amygdales littéralement farcies d'amas caséifiés, c'est-à-dire des symptômes objectifs non en rapport avec la durée des symptômes fonctionnels.

Dans l'observation VI, il faut noter l'hypertrophie de l'amygdale linguale, que l'on retrouve souvent chez ces malades.

Dans l'observation VII, il est important de noter combien fâcheuse a pu être l'existence des troubles rhino-pharyngés sur le manque de développement thoracique du sujet.

Mais surtout la dernière observation, qu'a bien voulu nous communiquer M. le Docteur Caussade, semble bien nous prouver la répercussion à distance possible des affections amygdaliennes. Dans une première période il y a eu des accès fébriles intermittents, de cause indéterminée ; dans un second stade, poussée aiguë surajoutée à une amygdalite chronique cachée et latente, qui ne s'était manifestée auparavant par aucun signe fonctionnel net. Enfin, dans une troisième période, après

intervention sur l'amygdale en cause, il se produit une poussée congestive du sommet pulmonaire droit, poussée congestive légère et transitoire, de tel sorte que le diagnostic de tuberculose pulmonaire au début, qu'il semblait rationnel d'invoquer, ne pouvait plus se soutenir par la suite. Il est facile d'imaginer les conséquences fâcheuses qu'aurait pu avoir dans ce cas spécialement une erreur de diagnostic, si l'existence d'amygdalite cryptique ne s'était manifesté nettement deux mois avant les symptômes pulmonaires indiqués.

Diagnostic. — Si l'on a dans l'esprit la notion de la très grande fréquence de cette affection ; si d'autre part l'on pratique systématiquement l'examen complet des amygdales de tous les malades sujets à des troubles pharyngés ou laryngés, ou bien présentant de la fétidité de l'haleine, ou bien encore de la toux avec un cortège de symptômes généraux pouvant faire penser à une affection pulmonaire, le diagnostic est facile.

Mais il faut insister sur la grande fréquence des formes frustes, des formes ne se manifestant que tardivement ou d'une façon intermittente, et qui plus que les autres encore, sont capables de provoquer des manifestations à distance et des complications très variées.

Le diagnostic différentiel soulève rarement des difficultés. Il faut cependant éliminer l'hypertrophie simple des amygdales dans laquelle les cryptes sont indemnes : il n'y a pas de magma visible ni caché ; la mycose leptothrixique, qui se manifeste par l'existence de saillies blanchâtres, très adhérentes, situées entre les orifices

cryptiques ; le diagnostic se fait au microscope en cas de doute ; enfin, les calculs amygdaliens, qui sont compacts et sonnent sous le stylet.

Traitement. — Dans la grande majorité des cas le traitement doit être la discision, traitement classique, que l'on pratique avec le crochet tranchant, ou avec un bistouri boutonné coudé.

En effet, l'usage de caustiques ou d'antiseptiques, teinture d'iode, chlorure de zinc, etc... ne donne pas de résultats durables, ou il doit être précédé de la discision.

Le morcellement de l'amygdale à la pince coupante doit être réservé aux formes pseudo-hypertrophiques.

L'usage du galvanocautère, tout au moins au début du traitement, présente des inconvénients sérieux : douleurs très vives, possibilité de nécrose avec hémorragie secondaire, ou sphacèle d'un vaisseau voisin atteint par rayonnement, si on emploie le galvanocautère en profondeur ; si au contraire on se cantonne à la surface on n'obtient pas de résultats durables.

La discision est donc le traitement de choix. Elle peut être l'œuvre, non pas seulement du spécialiste, mais encore (et ici nous nous rallions à l'opinion de notre maître, le Docteur Caussade) du praticien habituel, s'il doit agir seul et par ses propres moyens, à la campagne par exemple. Il lui suffit pour cela d'avoir reçu l'instruction nécessaire sur ce sujet.

Il faut tout d'abord agir dans de bonnes conditions ;

avoir un bon éclairage, s'asseoir en face du malade, amener la langue fortement en avant, en tenant la pointe de la main gauche à l'aide d'une compresse ; et à l'aide du crochet écarter le plus possible vers la partie externe le pilier antérieur, comme on ferait d'un rideau, pour avoir le maximum de jour et d'espace sur la région. S'il existe des adhérences entre le pilier antérieur et l'amygdale on les libérera avec prudence, et l'on examine la tonsille ; car bien souvent le diagnostic ne sera confirmé qu'au moment même du traitement. On introduit la pointe du crochet vers la partie externe de l'amygdale et on la ramène vers la ligne médiane de façon à l'extérioriser de sa loge en quelque sorte. La pointe du crochet est introduite au niveau de la crypte bourrée de magma si celle-ci est visible : sinon il faut explorer l'amygdale, surtout au niveau du pôle supérieur, siège de prédilection.

Dans tous les cas il importe de diriger le crochet dans l'épaisseur de l'amygdale jusqu'au fond de la crypte, puis de faire ressortir la pointe du crochet vers la partie interne de l'amygdale, et de ramener le crochet en avant en coupant ainsi, à l'aide de la partie courbe et tranchante de l'instrument, le pont de tissu amygdalien qui le retient. Aussitôt le sujet accuse une douleur vive, mais courte : on voit sourdre, mélangé à du sang, le magma blanchâtre que le sujet évacue aussitôt.

Si les cryptes sont multiples, on s'efforcera de les faire communiquer entre elles, tout en les ouvrant, avec le crochet. On procède toujours méthodiquement, en libérant d'abord la moitié supérieure, puis la partie

inférieure de l'amygdale, dans les cas étendus, et dans les premières séances en commençant par une des amygdales, réservant aux dernières séances le traitement de l'amygdale la moins atteinte dans les cas où l'affection est bilatérale.

Telle est la pratique de la discision, traitement de choix, qui peut souvent amener seule la guérison, si l'amygdalite caséeuse est très peu étendue. Mais dans bien des cas, et ce sont les plus fréquents, la guérison n'est pas complète. Après une longue période d'amélioration les mêmes troubles se reproduiront. En effet, il ne suffit pas d'ouvrir largement et de faire communiquer entre elles les cryptes amygdaliennes. Les surfaces produites par la section à l'aide du crochet tranchant auront une tendance naturelle à revenir en contact. Un pertuis, ou un tunnel se formera, faisant communiquer la cavité avec l'extérieur, et de nouveau se formera un amas caséeux qui peu à peu comblera l'ancienne crypte agrandie. Dans ces cas la discision devrait être répétée d'une façon interminable, et ne pourrait cesser sans qu'elle ne soit suivie de récidives.

Il faut donc se résoudre à détruire tout ou partie de la glande.

Pratiquer l'ablation complète ? cela est délicat, et très difficile souvent, surtout si l'amygdale est plaquée dans sa loge et non hypertrophiée.

De nombreux auteurs ont préconisé la désinfection des parois des cryptes ouvertes avec de la teinture d'iode, ou une solution de chlorure de zinc ; mais ce traitement n'est pas toujours suffisant.

M. le Docteur Nermord fait alors suivre la discision, selon les cas, d'un des trois traitements suivants :

1° Excision de tout le tissu amygdalien séparant le fond de la crypte de la surface avec la pince coupante, dans le cas de crypte unique de grandes dimensions ; cette excision a pour but de créer dans l'amygdale un véritable entonnoir. Elle est suivie de curettage des parois de l'entonnoir, avec de petites curettes de dimensions variées, selon les cas.

2° Curettage simple des parois des cryptes ouvertes, dans les cas de cryptes petites ou multiples, et dans les cas peu avancés.

3° Enfin, emploi du galvanocautère avec fil en platine. Cette dernière manœuvre a la préférence du Docteur Nermord ; elle est moins douloureuse, plus facile, peut être faite dans la grande majorité des cas. Elle pourra être pratiquée par n'importe quel praticien expérimenté, tandis que l'excision à la pince coupante, en raison des accidents à éviter, du côté des vaisseaux, des carotides, doit être réservée au spécialiste.

Mais pour obtenir un résultat durable, il est préférable d'employer un galvanocautère avec *fil de platine en spirale*, de façon à pouvoir brûler une partie suffisante de tissu, avec un rayonnement de chaleur minime, sans avoir à craindre le sphacèle que pourrait entraîner l'emploi en profondeur d'une pointe de platine de plus grandes dimensions.

CONCLUSIONS

De l'exposé qui précède, il nous semble pouvoir dégager les conclusions suivantes :

1° La fréquence des amygdalites cryptiques chroniques est grande, plus grande encore que ne semblent l'indiquer la plupart des auteurs. Les formes frustes (découvertes à l'examen, s'accompagnant d'un minimum de signes fonctionnels) et les formes cachées (s'accompagnant de signes fonctionnels, mais dans lesquelles l'examen physique semble négatif à première vue), sont surtout très fréquentes.

2° Cette affection semble capable de provoquer non seulement des complications locales et de voisinage, mais encore des complications à distance, qui sont loin d'être négligeables.

3° A la discision des amygdales, méthode de choix,

si l'on veut obtenir un résultat vraiment définitif, il est bon d'adjoindre, selon les cas, l'excision partielle de l'amygdale ou le curettage de la glande, ou plus souvent encore l'emploi du galvanocautère avec fil de platine en spirale.

Vu : Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
P. SÉBILEAU.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- E. ESCAT. — *Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx*, Paris 1901.
- *La technique oto-rhino-laryngologique*, Paris 1908.
- GAMPERT. — *Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la discision des amygdales*. (Thèse de Paris, 1891.)
- GRUNWALD. — *Atlas manuel des maladies de la bouche, du pharynx, du larynx et des fosses nasales*. (Edition française, par G. Laurens.)
- J. GUISEZ. — *Maladies du larynx et du pharynx*.
- HINGSTON FOX. — The fonctions of the tonsils. (*Journal of Anatomy and Physiology*, tome XX, 1885-1886.)
- E. JEANSELME. — De l'arrière-gorge et de l'amygdale en particulier considérées comme porte d'entrée des infections. (*Gazette des Hôpitaux*, Janvier 1890.)
- G. LAURENS. — *Chirurgie oto-rhino-laryngologique*.
— *Oto-rhino-laryngologie du praticien*, Paris 1922.
- MICHAUX-BELLEURÉ. — De l'amygdalite chronique. (Thèse de Strasbourg, 1854.)
- MORELL MAKENZIC. — *Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée*.
- MORITZ-SCHMIDT. — Ueber Schlitzung der Tonsillen. (*In Therap. Monatsch.*, Octobre 1889.)
- MOURE et BRINDEL. — *Maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez*.

RUAULT. — *Bulletin et Mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie.*

SACHS. — Anatomie des follicules clos des amygdales.
(*Archives de Virchow*, tome XX, 1860.)

SAFFEY. — Recherches sur la structure des amygdales.
(*Société de Biologie*, 1855, page 127.)

P. SÉBILEAU. — *Démonstrations d'anatomie*, Paris, 1892.
